記入例

込みチェックリスト（保護者用）

4 片面で印刷してください

■就学相談会の申込みには、以下の書類が必要です。

・【申込み様式 1-3/1-4】令和４年度　就学相談票、承諾書

・【発達教育センターでの健康診断を希望される方のみ】就学時健康診断について

・【検査結果が手元にある方のみ】

令和３年５月１日以降に実施した発達検査（または知

■以下のチェックリストでご確認の上、在籍する園や就学

※不備があると、就学相談会の日程通知が遅くなる可能

１ つずつの書類について内容を確認してチェックを入れてください。

チェックリスト ※下記の必要書類をご確認いただき、右の欄にチェックをしてください。		✓
申込み様式 1-3	**●令和４年度　就学相談票** **②保護者名には住民票の世帯主名を記載している。** ※入学通知が関係しますので世帯主をご記入ください。	✓
	②電話番号欄の、日中連絡がつきやすい番号を記載している。 ※記載事項の確認等で発達教育センター（092-845-0015）から連絡が入る場合があります。	✓
	⑤就学希望に希望順位を記入している。 ※通常の学級のみをご希望（医療的ケアが必要なお子様以外）の場合は、就学相談を受ける必要はありません。	✓
	⑤就学の場について相談されたい内容を記載している。	✓
申込み様式 1-4	**●承諾書** 日付と保護者名を自書で記入している。	✓
検査資料	**検査経験について ア～オ の当てはまる方にチェックをお願いします。**	
	ア．検査結果の写しを同封している。 ※令和３年５月１日以降の検査結果を持っているため、申込み様式と一緒に在籍園・就学前施設に提出している（検査結果は封筒に入れて厳封の上、提出して下さい）。	✓
	イ．検査結果を同封していない。 ※ 発達検査（または　知能検査）の経験はある（これから受ける予定がある）が、検査結果を持っていない。 ※【申込み様式 1-3】の⑧検査経験欄に、**検査日（予定日）や検査機関名を記入している。** ※発達教育センターから検査実施機関へ、直接資料請求をしますので【申込み様式 1-4】の同意書へご署名をお願いします。	
	ウ．今まで検査の経験がない。 ※ 発達教育センターから検査をご案内する場合があります。	
	エ．【難聴のお子様のみ】オージオグラムを同封している。 ※最新の聴力検査結果（写し）が手元にあるため、園へ提出している。	✓
	オ．【難聴のお子様のみ】オージオグラムを同封していない。 ※聴力検査の経験はあるが、検査結果を持っていない。 ※【申込み様式 1-3】の⑧検査経験欄に、**検査日（予定日）や検査機関名を記入している。** ※発達教育センターから検査実施機関へ、直接資料請求をしますので【申込み様式 1-4】の同意書へご署名をお願いします。	

申込み様式 1-3（年長児・保護者記入用）

㊙

必ず記入してください。

就　学　相　談　票

記入日	令和４年　６月　１日	記入者名	発達　花子	続柄	
ふりがな	はったつ　たろう	生年月日			
① お子様の名前	発達　太郎　（男・女）				
②ふりがな	はったつ　いちろう	続柄	父	電話	090－○○○○-○○○○
②保護者（世帯主）の名前	発達　一郎				※日中必ず連絡が取れる番号（続柄　父） 090－○○○○-○○○○（続柄　母）
メールアドレス	○○○○○@○○○○.ne.jp ※@city.fukuoka-				
③ 現住所	（郵便番号　8○○ － ○○○○ ） 福岡市　中央　区　○○１丁目○－○			居住校区	□□小

必ず記入してください。

必ず記入してください。

※今年度中（令和５年３月まで）に転居予定がある場合は以下の欄にもご記入ください

転居予定時期：令和４年　２月／新住所：　○○県　○○市（細かい住所は１月中旬に確定予定）

④ 現在籍	（幼稚園・保育園・児童発達支援センター はったつ幼稚園

転居予定のある方は、

分かる範囲でご記入ください。

⑤就学希望

就学先の希望順位（数字）を□の中にお

通級指導教室	特	学校
□ 難聴	1 知	
□ 言語障がい	2 自閉症･情緒障がい	□ 肢体不自由
□ 情緒・LD/ADHD 等	□ 肢体不自由	□ 病弱
※通級指導教室は、通常の学級に在籍しながら、週１回程度通級校に通い、指導を受けます。保護者の送迎が必須です。	□ 難聴	□ 聴覚障がい
	□ 弱視	□ 視覚障がい
	□ 病弱※院内学級	

◎　就学の場について、主に相談されたいことを記入してください。

第１と第２希望のどちらの学級がよいか悩んでいます。二分脊椎があり、導尿の練習中です。

⑥お子様の状態等

診断	診断（障がい）名	診断機関（病院等）名	診断時期
	自閉スペクトラム症 二分脊椎	はったつ大学病院	R　(H)　○年　○月　○日

視力聴力	※視力障がい・聴力障がいがあり、就学に関してご相談をご希望の場合のみご記入ください。 ※聴力検査を実施し、オージオグラム（聴力検査表）の写しが手元にある方はご提出ください。 視力　右（　　）左（　　）　聴力　右（　　dB）左（　　dB）
服薬	(無)・有（服薬中の薬の名前：　　）
補装具等	□ 車いす　□ クラッチ・杖　□ 歩行器　□ 補聴器 □ 拡大鏡　□ その他（　　）　☑ 何もつけない
医療的ケア	＊学校看護師による医療的ケアを希望される方のみご記入ください。医療的ケア実施申請書も併せてご提出ください。 ケア内容：□たんの吸引　□吸入　□経管栄養　☑導尿　□その他（　　） 疾病名（二分脊椎） ◆医療的ケアの主治医：　○○　○○　病院名：　はったつ大学病院 ◆かかりつけ医：　△△　△△　病院名：　きょういく小児科医院

申込み様式 1-3（年長児・保護者記入用）

忘れずにご記入ください。

お子様のお名前	発達　太郎

⑦手帳

☐ なし

☑ あり

☑ 身体障害者手帳（　4　）級　年　月　日　交付・取得予定
最新の更新日：R5 年　3 月　1 日　更新・更新予定

☑ 療育手帳（A1・A2・A3・B1・B2）　年　月　日　交付・取得予定
最新の更新日：R4 年　8 月　1 日　更新・更新予定

☐ 精神障害者保健福祉手帳（　　）級　年　月　日　交付・取得予定
最新の更新日：　年　月　日　更新・更新予定

手帳の更新を控えている場合は、検査予定日を⑧検査歴の項目にもご記入ください。

⑧検査歴

☐ なし（検査の経験はなく、これから受ける予定はない。）

☐ あり

検査機関Ａ　えがお館・療育センター　※　○で囲ってください
・こども総合相談センター（えがお館/福岡市児童相談所）
・あいあいセンター　・西部療育センター　・東部療育センター

検査日（最後に実施された日）：　R3 年　5 月　30 日
【次回の検査予定がある方：　R4 年　8 月　5 日】（えがお館）

同封した方は、☑をお願いします。　☑

＊検査結果のコピーをご家庭にお持ちの方は、同封してください。
お持ちでない方は発達教育センターから取り寄せますので準備の必要はありません。

検査機関が２か所以上ある場合は、分かるようにご記入ください。

検査機関Ｂ　その他　※　病院・クリニック、臨床心理センター名称を記入。

（診療科名：

検査日（最後に実施された日）：　年　月　日

【次回の検査予定がある方：　年　月　日】

同封した方は、☑をお願いします。　☐

＊検査結果のコピーをご家庭にお持ちの方は、同封してください。
お持ちでない方は発達教育センターから取り寄せますので準備の必要はありません。

手元に検査結果がある場合は、厳封の上在籍園へご提出ください。提出の際には、チェック欄にレをお願いします。

⑨相談歴

相談へ行かれた経験についておたずねします。相談経験がある場合以下の項目をご記入ください。

☑上記検査機関での相談経験がある。
☐上記検査機関以外での相談経験がある。
相談機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑨同居の家族

祖父・祖母　父（41　歳）・母（40　歳）・兄（　11　歳）・姉（　　歳）
弟（　　歳）・妹（　双子　6　歳）　・出産順位（　2　番）

家族の健康状況（気になることがあれば）［　　］

※今回申し込まれたお子様のごきょうだいで、今年度の就学相談または通級コースにお申込みされているお子様がいらっしゃる場合は、以下の欄にその方のお名前をご記入ください。
お名前（　　）ご在籍（　　学校・園　：学年　　年　）

就学相談会の日程・時間は、当センターで調整してご案内します。就学相談会開催日の 13：30～16：00 でのご案内となります。※所要時間は 30 分～1 時間程度

就学相談会について発達教育センター（092-845-0015）からご連絡を入れる場合がございます。
確認ができない場合は、相談会の日程案内が遅れてしまいますので、ご協力をお願いします。

記入例

申込み様式 1-4(年長児・保護者記入用)

承諾書	お子様のお名前	発達　太郎

この用紙はコピーを取るなどしてお手元にお控えください。

◆申込み様式の提供について

提供いただいた申込み様式（園・就学前施設記入分、保護者様記入分）および検査資料は、以下の目的で使用いたします。

（1）就学相談の判断の参考とする。
（2）入学先、進学先、通級先の学校への引継ぎ資料として送付する。
（3）市外へ転出した際、転出先の自治体より求めがあった場合に送付する。

※（2）（3）につきましては、以下の場合のみ検査資料を送付いたします。
①保護者が同封した検査資料の場合。
②実施機関と保護者の許可が得られている場合。

◆資料の依頼について

他機関で実施した発達検査や知能検査、聴力検査等について、必要に応じて就学相談の参考にするために、当センターより直接、資料請求を致します。

※【申込み様式 1-3】の２ページ目⑧「検査経験」の欄に必ず実施機関名をご記載ください。
※ご署名がなく、資料請求の必要が
をさせていただきます。
※当センターから他機関への資料請
りますのでご了承ください。

検査結果を当センターから実施機関へ資料請求する場合には、保護者の承諾が必要となりますので、ご協力お願いいたします。

上記内容に同意いたします。

保護者氏名（自書）令和　4年　6月　1日

発達　一郎

※発達検査についての補足説明　[重要]

・これまでに発達検査の経験がない場合、当センターでの検査をご案内する場合があります。
・当センターでの検査では、詳しい検査結果の配布や結果説明は行っておりません。
・詳しく発達の状況を把握されたい方は、療育センターや医療機関の受診をお勧めします。
・当センターで受検された検査結果を医療機関へ提供されたい場合は、『情報提供依頼書』を医療機関から当センターへご送付ください。書式の規定はありませんが、保護者の了承を得ていることが分かる一文を明記してください。
・就学相談申し込み後に、医療機関等で検査日が決定した場合は、発達教育センターへ検査日をご連絡ください。

申込み様式 1-4(年長児・保護者記入用)

就学時健康診断について	在籍園・施設名	はったつ幼稚園
	お子様のお名前	発達　太郎

※この用紙は、11 月に発達教育センターで実施する健康診断の受診を希望する方のみご提出ください。その際コピーを取るなどしてお手元にお控えください。

●11 月に発達教育センターで実施する就学時健康診断について

・基本的には、お住まいの校区の小学校で行われる就学時健康診断にご参加ください。
（健康診断を管轄している健康教育課より、ご自宅に案内が届きます。）
・校区の小学校で行われる就学時健康診断への参加が難しい児童を対象とした就学時健診を、11 月に発
達教育センターで実施します。

※該当者

①特別支援学校への就学を希望している場合。
②障がい特性上、校区の小学校での健診へ参加が難しいと考えられる場合。

11 月に発達教育センターで実施する健康診断の受診を希望される方は、以下の「希望する」欄にチェックをしてご提出ください。

☑ 11 月に発達教育センターで実施する健康診断の受診を希望する

特別支援学校をご希望の方で当センターでの健診を希望される方は
チェックをお願いします。

・
・
・開始時間：13 時 00 分～15 時 00 分
・就学時健康診断の具体的な日時については、就学相談会の日程通知と同時にお伝えします。
・「問診票」を事前に送付いたしますので、ご記入のうえ健康診断当日にご持参ください。